

## **Unidad 13. La Rehabilitación del paciente con ictus**

### ***Autoras***

Guijarro Requena, María Dolores

*Fisioterapeuta. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla.*

Romero Torres, María Dolores

*Facultativo especialista Rehabilitación Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

### **Introducción**

La rehabilitación del paciente con ictus es un proceso limitado en el tiempo que estará coordinado en sus diferentes fases para garantizar su continuidad y evitar el reinicio de tratamientos innecesarios. Debe comenzar lo más precozmente posible, una vez alcanzada la estabilidad clínica. Los objetivos del proceso rehabilitador son minimizar los déficits, prevenir las complicaciones y maximizar la función<sup>i</sup>.

Es un proceso complejo, multidisciplinar y orientado por objetivos concretos y realistas, enmarcados en el modelo de la Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Organización Mundial de la Salud.

Es complejo ya que el ictus puede afectar a distintas funciones corporales y sus consecuencias en la actividad y la participación se verán influidas tanto por el entorno como por factores personales. La limitación más común está relacionada con el área motora, lo que afecta la movilidad, el equilibrio, la coordinación y la destreza. Sin embargo, se afectan también otras áreas como el habla y el lenguaje, la deglución, la visión, la sensibilidad... Los pacientes que han sufrido un ictus a menudo experimentan déficits ocultos que pueden pasar desapercibidos, como los problemas cognitivos y los relacionados con el estado de ánimo. Pueden presentar dolor y espasticidad que agraven sus limitaciones. Las consecuencias del ictus por tanto se extienden a casi todas las áreas de la vida.

Es multidisciplinar porque para conseguir los objetivos de la rehabilitación es necesario un equipo de profesionales especialmente entrenado para tratar a las personas que han sufrido un ictus. Está formado básicamente por **médicos especialistas en rehabilitación, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y logopedas, trabajadores sociales**, con el apoyo de personal **auxiliar de enfermería** y **celadores** experimentados en el cuidado y manejo de estos pacientes. Este equipo multidisciplinar gira en torno al paciente que es el principal actor de este proceso, junto con sus familiares<sup>ii</sup>. Desde los primeros días, el equipo de rehabilitación va a intentar enseñar progresivamente al paciente y cuidadores su papel en los cuidados de rehabilitación. Es sumamente importante que el paciente y sus cuidadores se involucren muy estrechamente en el programa, ya que de su colaboración va a depender el éxito<sup>iii</sup>.

# ***Atención Integral del Ictus en Atención Primaria***

---

## **Fases de recuperación tras el ictus**

La recuperación de la discapacidad provocada por el ictus tiene un patrón predecible.

Como regla general, la gravedad del déficit inicial es inversamente proporcional al pronóstico de recuperación: a mayor gravedad inicial, menor recuperación y más lenta. La mayoría de la recuperación neurológica ocurre durante los tres primeros meses post-ictus, desacelerándose a partir de los 6 meses.

La recuperación funcional, referida a la mejora de la independencia en áreas como el cuidado personal y la movilidad, depende de la motivación del paciente, la capacidad de aprender y el apoyo de la familia, así como la calidad y la intensidad de la terapia. Este tipo de recuperación es modificable por intervenciones y aunque puede ocurrir independientemente, está influenciada por la recuperación neurológica. El proceso de adaptación a la discapacidad y a la reintegración en la comunidad puede ser más largo. En pacientes con limitación de la actividad después de los seis primeros meses, se ha de evaluar la indicación de tratamiento rehabilitador planificado por objetivos. El tratamiento rehabilitador ha de finalizar cuando no se identifiquen nuevos objetivos funcionales<sup>iv</sup>.

## **¿Quién es candidato a Rehabilitación tras haber sufrido un ictus?**

Todos los pacientes que han sufrido un ictus deben someterse a una evaluación inicial funcional por parte de especialistas en Rehabilitación (de la movilidad, de sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, de sus habilidades de comunicación) tan pronto como sea posible después del ingreso; se debe incorporar esta evaluación al plan de alta e iniciar el proceso de rehabilitación si presenta deterioro de su función con respecto a su estado previo<sup>v</sup>.

El paciente estará preparado para participar en la rehabilitación si:

- cumple con los criterios de estabilidad médica (diagnóstico confirmado de accidente cerebrovascular y control de todos los problemas médicos y / o comorbilidades)
- presenta un mínimo nivel de tolerancia al programa de rehabilitación
- no hay problemas de comportamiento que limiten la capacidad del paciente para participar en el nivel mínimo requerido por el programa de rehabilitación
- demuestra al menos un nivel mínimo de función, que incluye: seguir comandos mínimos de un paso, con soporte de comunicación si es necesario; suficiente atención, memoria a corto plazo y conocimiento para progresar a través del proceso de rehabilitación.
- las metas para la rehabilitación se pueden establecer y son específicas, mensurables, alcanzables, realistas y oportunas.

## Atención Integral del Ictus en Atención Primaria

- si demuestra voluntad y motivación para participar en el programa de rehabilitación (con la excepción de pacientes poco motivados por depresión) <sup>vi</sup> .

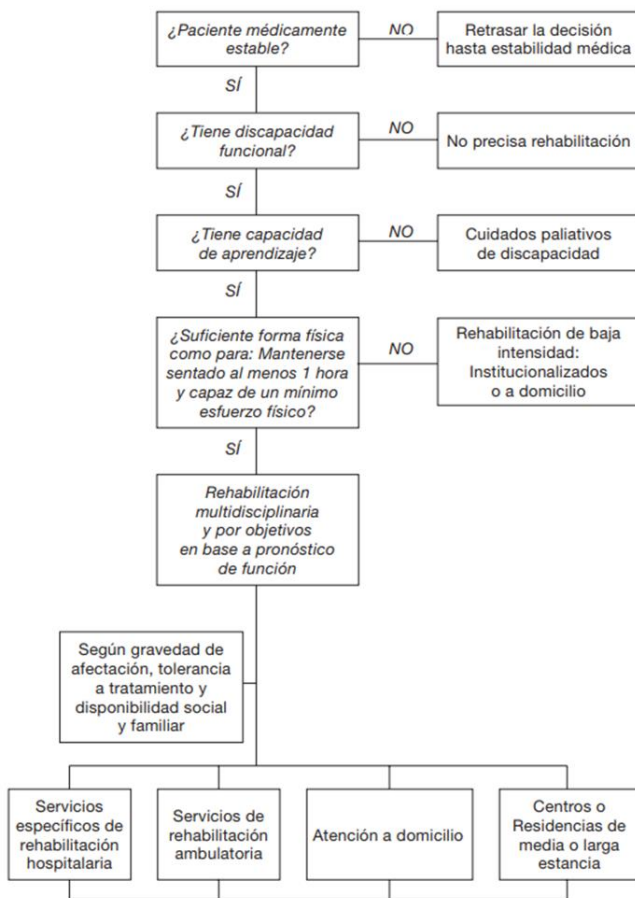


Ilustración 1. Estrategia en ictus del Sistema nacional de Salud. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 26 de noviembre de 2008 <sup>ii</sup>

### ¿Quién es candidato a Rehabilitación en la fase crónica del ictus?

Los pacientes en fase crónica, cuando las secuelas se han estabilizado, han de seguir teniendo acceso a los servicios de Rehabilitación <sup>vii</sup> .

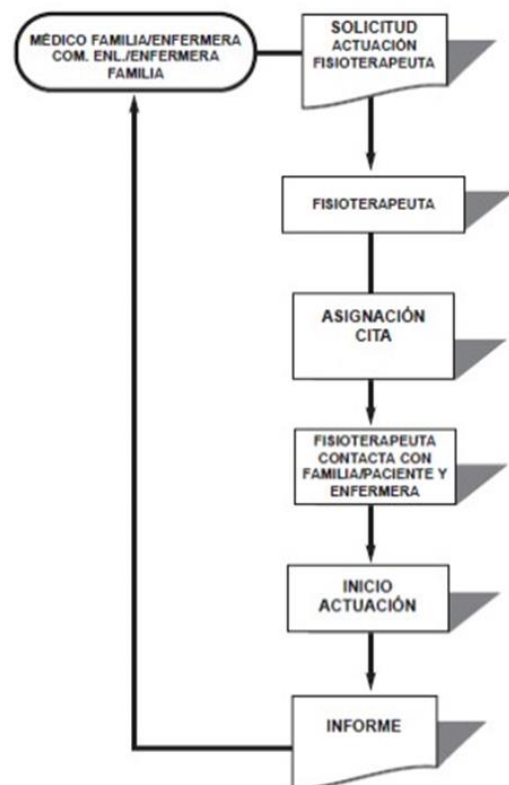
El objetivo de esta fase se centra en la valoración y tratamiento de complicaciones, de nuevas pérdidas funcionales por desuso, adaptación de ortesis y de nuevas estrategias de tratamiento. En caso de aparición de nuevas secuelas será preciso replantear nuevas metas, y mantener o reiniciar nuevo tratamiento rehabilitador <sup>viii</sup>.

El Poststroke checklist es una herramienta de aplicación corta y sencilla capaz de identificar problemas que los pacientes con secuelas de ictus pueden presentar a largo plazo. A pesar de que son muchos más los posibles problemas de los que el PSC contiene, el cuestionario recoge aquellos que más impactan en la calidad de vida de los pacientes y que son tratables con intervenciones basadas en la evidencia científica <sup>ix</sup>.

### ¿Dónde se lleva a cabo la Rehabilitación?

1. **Rehabilitación hospitalaria en régimen ambulatorio:** cuando el paciente cumple con los criterios de inclusión para el inicio de la rehabilitación, puede asistir solo a terapia (o si se requiere asistencia un cuidador está disponible para asistir a las sesiones) y puede tolerar y participar de su propio transporte (cuando sea necesario). Las personas con limitaciones de comunicación como la afasia pueden necesitar ayuda con la organización del transporte <sup>vi</sup>.
2. **Rehabilitación domiciliaria<sup>x</sup>:** en aquellos pacientes discapacitados físicos con imposibilidad de traslado a un centro sanitario para tratamiento fisioterapéutico, con déficits susceptibles de reversión total o parcial que necesitan tratamiento fisioterapéutico y pacientes discapacitados con déficits establecidos, susceptibles de incrementar su capacidad funcional con tratamiento fisioterapéutico. Siempre que el paciente resida dentro de la zona de actuación de una sala de rehabilitación y fisioterapia y el proceso esté incluido en el listado de procesos asistenciales susceptibles de tratamiento fisioterapéutico en domicilio. La atención no debe exceder de 3 semanas o 15 sesiones. De forma excepcional, la continuación de las sesiones será valorada por los profesionales que atienden al paciente en domicilio.
3. **Fisioterapia de apoyo a la atención a domicilio de la Unidad de Atención Familiar<sup>x</sup>:** en aquellos pacientes discapacitados con gran limitación funcional y necesidad de tratamiento postural o movilizaciones para el mantenimiento de su estado físico y calidad de vida, con una puntuación en el Índice de Barthel <40, que no pueden ser trasladados a salas de fisioterapia. Se excluirán si existe contraindicación del tratamiento fisioterapéutico, no hay consentimiento expreso del paciente en aceptar el tratamiento propuesto o no hay colaboración de la familia y/o cuidadores cuando esta colaboración sea imprescindible para conseguir los objetivos del tratamiento. La visita será compartida entre fisioterapeuta y enfermera y, preferiblemente, con presencia de cuidador principal. La atención no debe exceder las tres sesiones.

PACIENTES GRUPO G-2



## ***Atención Integral del Ictus en Atención Primaria***

---

La derivación es realizada por la Enfermera Gestora de Casos, enfermero de Familia o médico Rehabilitador desde el hospital de referencia. Es necesaria una valoración del paciente, diagnóstico y propuesta argumentada de necesidad de intervención del fisioterapeuta.

Una vez detectada una posible atención fisioterapéutica en domicilio, el profesional correspondiente efectuará la propuesta que comunicarán al fisioterapeuta de la sala, a través de los circuitos internos que determine el centro. El fisioterapeuta informará al paciente y cuidadores de cuando se producirá la atención, en un plazo inferior a 48 horas.

Las características de la atención incluyen:

- Valoración del paciente y su entorno.
- Establecer y aplicar el plan terapéutico del paciente que incluye cambios posturales, ayuda a transferencias, movilizaciones, mantenimiento articular y reeducación de la marcha cuando sea posible.
- Elaboración de un plan de actividades para el cuidador principal de prevención de actitudes viciosas y medidas de higiene postural.
- Registro de actividad.
- Elaboración de un informe de finalización y sobre recomendaciones de cuidados<sup>xi</sup>.

Finalizado el periodo de tratamiento o de apoyo previsto, el fisioterapeuta elaborará un informe que quedará registrado en la Historia Clínica del paciente de Atención Primaria.

### ***Bibliografía***

---

<sup>i</sup> Servicio Murciano de Salud. Programa de Atención al ictus en la Región de Murcia 2009-2011.

<sup>ii</sup> Estrategia en ictus del Sistema nacional de Salud. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 26 de noviembre de 2008. SANIDAD 2009. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

<sup>iii</sup> Rehabilitación tras un ictus. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

<sup>iv</sup> Teasell R, Cotoi A, Chow J, Wiener J, Iliescu A, Hussein N, Salter K. The Stroke Rehabilitation Evidence-Based Review: 18th edition. Canadian Stroke Network, March 2018. <http://www.ebrsr.com/>

<sup>v</sup> Powers et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart

Association/American Stroke Association. Stroke. 2018;49: e46–e99. DOI: 10.1161/STR.000000000000158.

vi Debbie Hebert et al. Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. International Journal of Stroke 2016, Vol. 11(4) 459–484

vii Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications and discharge planning. Edinburgh (United Kingdom): SIGN; 2002.

viii Servicio Canario de Salud. Guía de atención al Ictus. DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES.

ix E. Duarte, M. Murie-Fernández, E. Candau, P. Spottorno, L. López de Munain, X. Miguéns, H. Bascuñana y R. Garreta. Poststroke checklist: un cuestionario para detectar las necesidades de rehabilitación después del ictus. Rehabilitación Volume 49, Issue 3, July–September 2015, Pages 150-155

x Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA GUÍA DE PROCEDIMIENTOS. Octubre 2003.

xi Rehabilitación domiciliaria en la recuperación funcional de pacientes con ECV. Rev. Neurol.2013;56(12)601-607